



mètaSalute
Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici

GUIDA 2017 PIANO SANITARIO BASE **Fondo mètaSalute**



Questa brochure è stata predisposta al fine di rendere disponibile un agile strumento esplicativo.

In nessun caso può sostituire il Fascicolo informativo del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.

Il fascicolo informativo resta pertanto l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

INDICE

1. BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

2. COME ADERIRE AL PIANO SANITARIO

2.1 Decorrenza coperture sanitarie

2.2 Inclusione di Familiari

2.2.1 familiari fiscalmente a carico di dipendenti già assicurati

2.2.2 familiari di dipendenti ad adesione volontaria

2.2.3 inclusione di familiari fiscalmente a carico in corso d'anno

2.2.4 figli fiscalmente a carico aderenti al Piano Sanitario Figli

3. GUIDA ALL'UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

4. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO BASE

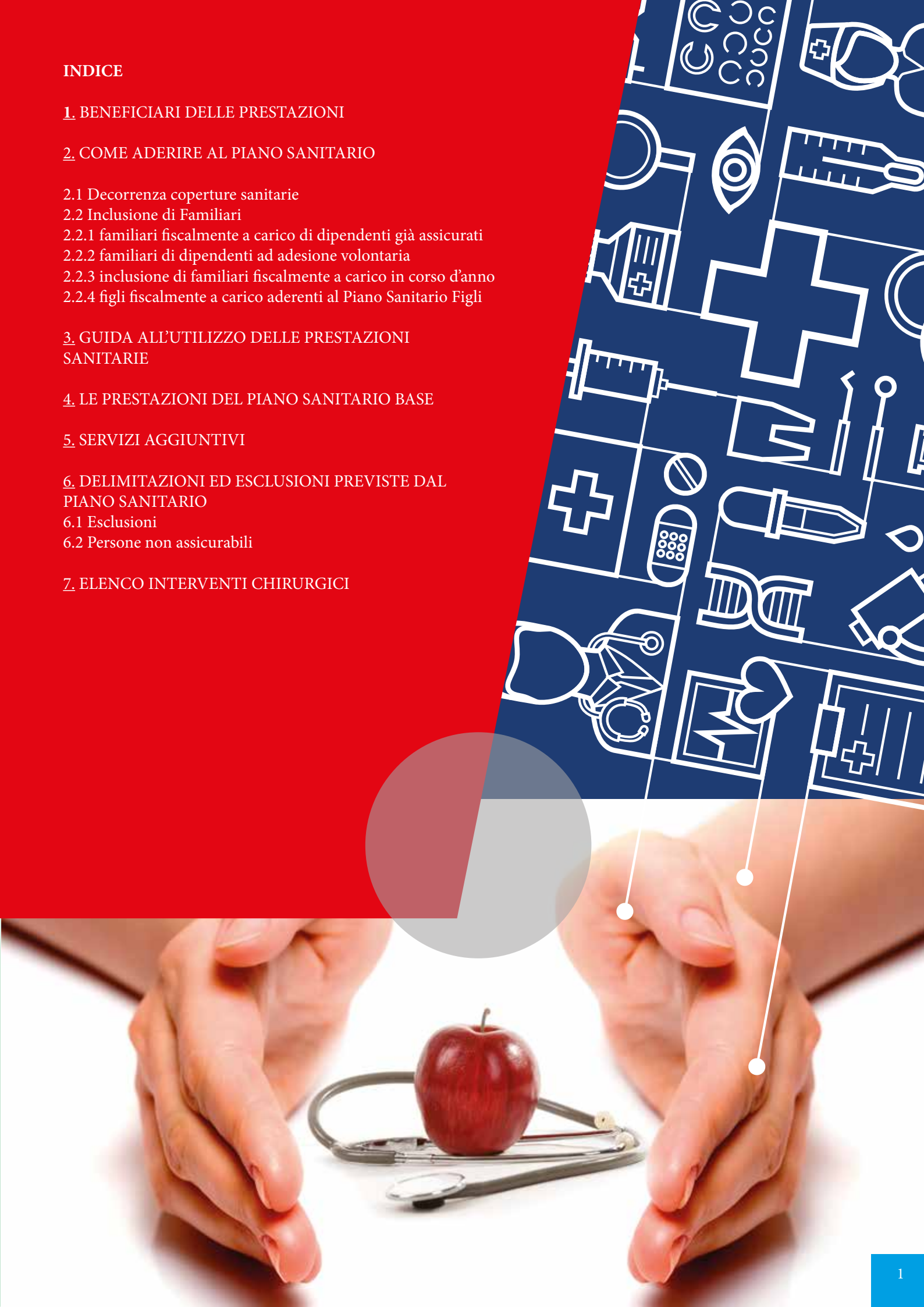
5. SERVIZI AGGIUNTIVI

6. DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI PREVISTE DAL PIANO SANITARIO

6.1 Esclusioni

6.2 Persone non assicurabili

7. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI



1 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Possono aderire a mètaSalute:

- i lavoratori non in prova a tempo indeterminato compresi i lavoratori part-time con prestazione lavorativa pari ad almeno la metà del normale orario di lavoro aziendale previsto;
- i lavoratori part-time con prestazione lavorativa inferiore alla metà del normale orario di lavoro aziendale previsto con le modalità contributive specificate all'art. 9 del presente regolamento;
- i lavoratori con contratto di apprendistato;
- i lavoratori con contratto a tempo determinato con una durata residua del rapporto di lavoro pari ad almeno 12 mesi al momento della richiesta di adesione;
- i lavoratori con le caratteristiche definite ai precedenti punti a cui si applicano contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti dalle stesse organizzazioni sindacali stipulanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti previo accordo, per ciascun settore, tra le citate OOSS dei lavoratori e le rispettive organizzazioni imprenditoriali;
- i lavoratori di imprese per i quali sono già disponibili forme aziendali di assistenza sanitaria sulla base di specifici accordi e secondo le modalità stabilite all'art. 3 del presente regolamento;
- i dipendenti delle parti stipulanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti anche se distaccati in base alla legge n. 300 del 1970;
- i lavoratori che a seguito di trasferimento d'azienda, operato ai sensi dell'art. 47, L. n. 428/1990, ovvero per effetto di mutamento di attività aziendale, abbiano perso i requisiti di cui al primo comma del presente articolo e le imprese da cui dipendono, possono continuare ad essere soci del Fondo se tale scelta viene concretizzata attraverso la stipula di un accordo aziendale.
- dipendenti delle imprese che applicano il CCNL orafi e argentieri ai sensi dell'accordo sottoscritto il 25 luglio 2013 tra Associazione argentieri, Confindustria Federorafi, Fim-Cisl e Uilm-Uil.

Nucleo familiare

Sono destinatari delle prestazioni del Fondo i componenti del nucleo familiare del lavoratore dipendente iscritto.

Per nucleo familiare si intende:

- il coniuge del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016);
- il convivente di fatto;
- i figli sino al compimento del 26° anno di età;
- i figli senza alcun limite di età che si trovino per grave infermità nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere un'attività lavorativa.

Sono equiparati ai figli, i figli adottivi o in affidamento temporaneo preadottivo con espresso provvedimento di assegnazione diretta da parte del Giudice Tutelare al lavoratore dipendente titolare dell'iscrizione a mètaSalute.

Il diritto all'iscrizione dei componenti del nucleo familiare permane finché sussiste l'iscrizione del lavoratore dipendente.

Nucleo fiscalmente a carico Ai sensi dell'art. 12 del TUIR sono considerati familiari fiscalmente a carico i membri della famiglia che possiedono un reddito complessivo uguale o inferiore a € 2.840,51, al lordo degli oneri deducibili.

Sono considerati quindi a carico anche se non conviventi con il contribuente o residenti all'estero:

- il coniuge non legalmente ed effettivamente separato
- i figli fino al compimento del 26° anno di età
- i figli senza alcun limite di età che si trovino per grave infermità nell'assoluta e e permanente impossibilità a svolgere un'attività lavorativa (compresi i figli adottivi, affidati o affiliati)

a.1) Inclusione nel Piano Sanitario di Base dei familiari fiscalmente a carico

I familiari fiscalmente a carico identificati nella definizione di "nucleo familiare fiscalmente a carico" possono essere inclusi gratuitamente dal Lavoratore dipendente nel proprio Piano Sanitario, con massimali delle garanzie condivisi. Per le modalità di adesione si rinvia al regolamento del Fondo.

Per i figli fiscalmente a carico aderenti al Piano Sanitario Figli, sarà in ogni caso operante il Piano Sanitario BASE con condivisione di massimali e garanzie con il Titolare, limitatamente però alle prestazioni non previste dal Piano Sanitario Figli.

a.2) Estensione del Piano Sanitario di Base per i familiari

È data inoltre facoltà al dipendente, su base individuale e volontaria, di estendere con massimale autonomo la copertura al coniuge o convivente o alla persona unita civilmente ai sensi della L. 20 maggio 2016 n. 76 ss.mm. ii. e/o di attivare il Piano Sanitario in favore dei suddetti familiari sia fiscalmente a carico che non a carico, a fronte – in entrambi i casi – del pagamento del relativo contributo che sarà a totale carico del lavoratore dipendente. L'estensione e l'attivazione dei Piani Sanitari in favore dei familiari potrà in ogni caso avvenire esclusivamente con riferimento alla medesima tipologia di Piano Sanitario prescelto dal Titolare.

2 - COME ADERIRE AL PIANO SANITARIO

2.1 Decorrenza coperture sanitarie

La copertura per i nuovi dipendenti avrà effetto dal primo giorno del trimestre successivo all'adesione al Piano Sanitario (primo giorno dei mesi di aprile, luglio, ottobre e gennaio di ciascun anno), mentre la decorrenza delle prestazioni subirà la carenza di 3 mesi. La copertura può essere estesa gratuitamente ai familiari fiscalmente a carico dei nuovi dipendenti, come identificati nella definizione di "nucleo familiare fiscalmente a carico" dalla data di adesione al Piano Sanitario da parte del Titolare. La decorrenza delle prestazioni subirà la carenza di 3 mesi, analogamente a quanto previsto per i nuovi dipendenti.

2.2 Inclusione di Familiari

2.2.1 familiari fiscalmente a carico di dipendenti già assicurati

La copertura estesa gratuitamente ai familiari fiscalmente a carico dei dipendenti già assicurati, come identificati nella definizione di "nucleo familiare fiscalmente a carico", decorre dal 01/01/2017. L'adesione del nucleo familiare che si intende assicurare gratuitamente potrà avvenire da parte del Titolare direttamente attraverso la piattaforma web resa disponibile dal Fondo mètaSalute sul sito www.fondometasalute.it. La decorrenza delle prestazioni non subirà alcuna carenza.

2.2.2 familiari di dipendenti ad adesione volontaria

Per i familiari di cui al punto a.2), aderenti ai Piani Sanitari su base volontaria, la copertura avrà effetto dal primo giorno del trimestre successivo all'adesione (primo giorno dei mesi di aprile, luglio, ottobre e gennaio di ciascun anno), mentre la decorrenza delle prestazioni subirà la carenza di 3 mesi.

2.2.3 inclusione di familiari fiscalmente a carico in corso d'anno

L'inclusione gratuita di familiari nel Piano Sanitario del Titolare in un momento successivo alla decorrenza dello stesso, è sempre consentita. In caso di matrimonio, unione civile o nuova nascita di familiari fiscalmente a carico, salvo quanto previsto alla garanzia A.5 Neonati – Ricovero per intervento chirurgico, la copertura sanitaria potrà in ogni momento essere attivata nei confronti dei nuovi assistiti.

Nell'ambito del piano Sanitario del Titolare la modifica (acquisto o perdita) delle condizioni reddituali previste per la sussistenza a carico di un familiare assicurato avvenuta nel corso di un anno assicurativo non produce effetti sui premi né sulla copertura assicurativa per il residuo periodo del medesimo anno assicurativo e le variazioni in tal caso saranno consentite dalla nuova annualità assicurativa.

Al ricorrere di tali ipotesi, in ogni caso, sarà fatta salva la carenza già maturata dal piano base precedentemente sottoscritto.

2.2.4 figli fiscalmente a carico aderenti al Piano Sanitario Figli

Per i figli fiscalmente a carico aderenti al Piano Sanitario Figli, il Piano Sanitario di Base sarà operante -con condivisione di massimali e garanzie con il Titolare - fino a che non sarà maturato il periodo di carenza di 3 mesi previsto per il Piano Sanitario Figli. Dopo tale periodo di carenza il Piano Sanitario Base sarà operante limitatamente alle sole prestazioni non previste dal Piano Sanitario Figli e comunque con condivisione dei massimali con il Titolare.

Il Piano Sanitario Figli opererà pertanto per tutte le prestazioni da questo previste, decorso il periodo di carenza di 3 mesi dalla data di sottoscrizione del Piano Sanitario Figli.

Ad esempio:

Data effetto copertura Piano Sanitario Base del Titolare: 01/01/2017

Data effetto copertura Piano Sanitario Figli: 01/04/2017

Fino al 01/04/2017 saranno fruibili per i figli fiscalmente a carico le prestazioni previste dal Piano Sanitario Base con massimali condivisi con il Titolare.

Dal 01/04/2017 saranno fruibili per i figli fiscalmente a carico le prestazioni previste dal Piano Sanitario Figli, mentre il Piano Sanitario Base opererà per le sole prestazioni non previste dal Piano Figli.



3 - GUIDA ALL'UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni garantite dal Fondo mètaSalute.

Le prestazioni sono garantite attraverso **due regimi di erogazione**:

a) assistenza sanitaria diretta: è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile al Fondo mètaSalute da Previmedical S.p.A., Società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico;

b) assistenza sanitaria rimborsuale: è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile, nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate è obbligatorio attivare il regime di assistenza sanitaria diretta; qualora l'assistito non provveda ad effettuare la preattivazione, la prestazione non potrà essere liquidata né presentata a rimborso.

Non sono ammesse prestazioni eseguite presso le case di convalescenza e di soggiorno, colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", nonché palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso in cui l'Assistito decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N. e tutte le spese del ricovero fossero a carico del S.S.N., verrà corrisposta un'indennità sostitutiva giornaliera per ogni giorno di ricovero con pernottamento (si intende escluso il pernottamento in pronto soccorso), nei termini previsti dal solo Piano Sanitario.

Si precisa inoltre che per poter eseguire trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, è necessario avvalersi di medici o di professionisti forniti di laurea in fisioterapia (o massofisioterapista diplomato anteriormente all'istituzione dei corsi di laurea in fisioterapia e cioè entro il 17 marzo 1999) o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

In ogni caso, tutte le informazioni relative al Piano Sanitario sono disponibili e costantemente aggiornate anche sul sito internet www.fondometasalute.it.

Inoltre, sempre dal sito del Fondo mètaSalute www.fondometasalute.it, previa autenticazione, si accede all'Area Riservata agli iscritti dove è possibile:

a) consultare l'elenco delle strutture convenzionate e dei medici convenzionati;

b) compilare la richiesta di rimborso (nei limiti di quanto stabilito dal successivo § II, lett. C).

L'accesso all'Area Riservata è consentito agli Assistiti ai quali all'atto dell'iscrizione sono state rilasciate login e password.

Segnaliamo altresì che attraverso il pulsante "prestazioni sanitarie dal 01/01/2017" è possibile usufruire anche del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA[®]", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare.

In particolare, il servizio garantisce una notifica a seguito delle seguenti attività:

a) avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;

b) avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;

c) eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

Per maggiori dettagli sull'attivazione del servizio si rinvia al successivo § III, lett. E., "SEGUI LA TUA PRATICA[®]".

Infine, è data l'opportunità agli Assistiti, qualora avessero interesse per un medico e/o una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale nominativo/ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura a RBM Assicurazione Salute, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail:

ufficio.convenzioni@rbmsalute.it



I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito **dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa** per ottenere la relativa autorizzazione.

A seguire, si fornisce il dettaglio dei passaggi procedurali da seguire, differenziati in ragione della tipologia di intervento richiesto.

In caso di mancata presentazione all'appuntamento si prega di darne pronta comunicazione alla Centrale Operativa.

A. RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI

PRIMA DEL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A.1.1 PRENOTAZIONE ED AUTORIZZAZIONE

Prima di un ricovero o di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, l'Assistito deve **contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per effettuare la prenotazione e ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta.

Per richiedere la prenotazione dell'intervento e conseguente autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:

- 800.99.18.15 da telefono fisso e cellulare (numero verde);
- +39 0422.17.44. 299 per chiamate dall'estero.

La richiesta alla Centrale Operativa dovrà pervenire con un preavviso di almeno 24 ore (1 giorno lavorativo).

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, rispetto alla data dell'appuntamento previsto. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 24 ore (1 giorno lavorativo) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 24 ore prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

L'Assistito dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- preferenze sulla data della prestazione.

L'Assistito **dovrà trasmettere via fax**, al numero +39 0422.17.44. 799 o via mail (assistenza.metasalute@previmedical.it) alla Centrale Operativa:

- prescrizione (compresa la prescrizione medica elettronica) della prestazione da effettuare. diagnosi;
- certificato medico (compresa la prescrizione medica elettronica) attestante la prestazione ospedaliera da effettuare;
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.
- In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

A seguito della prenotazione effettuata dalla Centrale Operativa direttamente alla Struttura Sanitaria, verrà rilasciata l'autorizzazione ad eseguire la prestazione nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS o e-mail.

L'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, della relativa autorizzazione.

A.1.2 LA PRENOTAZIONE ONLINE (TRAMITE AREA RISERVA O APP MOBILE)

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la prenotazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.fondometasalute.it, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Prenotazione Assistenza Convenzionata online".

L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una maschera ove poter impostare

i criteri di ricerca della struttura sanitaria in funzione della tipologia di ricovero da eseguire. Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle strutture appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.

L'Assistito dovrà indicare inoltre la preferenza sulla data della prestazione ed allegare la documentazione medica attestante il ricovero da eseguire. A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di prenotazione.

A seguito della prenotazione effettuata dalla Centrale Operativa direttamente alla Struttura Sanitaria, verrà rilasciata l'autorizzazione ad eseguire la prestazione nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS o e-mail.

A.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in network senza rispettare il preavviso di 24 ore (1 giorno lavorativo), è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a richiedere l'invio della seguente documentazione a mezzo fax (+39 0422.17.44. 799) o e-mail (assistenza.metasalute@previmedical.it):

- prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

Nel caso di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione entro un massimo di 3 giorni dall'esecuzione dell'intervento e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. Contestualmente l'Assistito dovrà provvedere ad inviare alla Centrale Operativa la documentazione come sopra indicato.

Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa. A tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

A.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione non potrà essere liquidata né presentata a rimborso.

DOPO IL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento), nonché le spese non strettamente relative alla degenza, come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc..

Previmedical per conto del Fondo mètaSalute provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota).

L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

B. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (ove previsto dal Piano Sanitario)

PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di ricevere le prestazioni, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa, in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:

- 800.99.18.15 da telefono fisso e cellulare (numero verde);
- +39 0422.17.44. 299 per chiamate dall'estero.

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di 24 ore (1 giorno lavorativo).

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 3 giorni (di calendario) per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie (se previste dal proprio piano sanitario), rispetto alla data dell'appuntamento previsto. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 24 ore (1 giorno lavorativo) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 3 giorni che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 24 ore prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

L'Assistito dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico;
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile.

Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

La Centrale Operativa verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

- l'anagrafica dell'interessato;
- lo "status" dell'Assistito (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell'Assistito).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando la pre-analisi della documentazione medica comunicata telefonicamente dall'Assistito (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nel Piano Sanitario di riferimento dell'Assistito, i massimali residui, ecc.).

Ai fini della predetta analisi, la Centrale Operativa si riserva, ove necessario, di richiedere all'Assistito l'invio, a mezzo fax o e-mail, della predetta documentazione medica oggetto d'analisi (certificato medico indicante la diagnosi e/o quesito diagnostico).

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata. Ad esempio in caso di richiesta di visite specialistiche non saranno riconosciute le prestazioni effettuate da medici generici.

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione extraospedaliera a mezzo web sms o e-mail. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax o e-mail la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical per conto del Fondo mètaSalute, dando evidenza di eventuali spese non previste dal Piano Sanitario, quali ad esempio le prestazioni di medicina alternativa o complementare, definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri come pratiche mediche "non convenzionali" (come chiropratica, osteopatia ecc.), ad eccezione di quelle espressamente previste in copertura.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e la prescrizione medica.

L'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico-medici del caso, della relativa autorizzazione.

B.1.2 LA PREATTIVAZIONE

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.fondometasalute.it, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili.

L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una prima maschera per la scelta della prestazione da attivare in assistenza diretta (ricoveri, visite specialistiche, esami di laboratorio, prestazioni odontoiatriche, ecc.). Successivamente l'Assistito passa ad una seconda maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito potrà indicare:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- la provincia ove è ubicata la struttura.
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'iscritto.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle strutture facenti parte del Network che rispondono ai criteri di ricerca, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare online la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi.

A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione extraospedaliera a mezzo web sms o e-mail.

B.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network senza rispettare il preavviso di 24 ore (1 giorno lavorativo), è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax o e-mail allegando:

prescrizione/certificato medico contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;

nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure Dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore, senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell'attivazione.

Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa. A tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

B.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione non potrà essere liquidata né presentata a rimborso.

B.2 LA PRENOTAZIONE

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo B.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assistito potrà effettuarla anche per il tramite della Centrale Operativa che provvederà a contattare direttamente la Struttura Convenzionata. Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o sms della prenotazione effettuata.

DOPO AVER RICEVUTO LA PRESTAZIONE

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento). **Previmedical per conto del Fondo mètaSalute provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della fattura completa e dell'eventuale ulteriore documentazione giustificativa.**

II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

C. DOMANDA DI RIMBORSO

C.1 COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, l'Assistito, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:
- **documentazione medica**

a) prescrizione con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto;

In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

Si precisa che non sono ammessi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

b) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

c) relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito;

d) certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previste dall'opzione prescelta). Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in una unica soluzione entro la fine dell'anno.

e) le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso

f) copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di followup (visite, accertamenti, ecc.)

g) prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, in caso di trattamenti fisioterapici;

h) certificato medico attestante la diagnosi di Trisomia 21 in caso di richiesta di indennità.

quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

- **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura, da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

La somma spettante all'Assistito è calcolata con detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso al Fondo mètaSalute e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'assicurato,
- copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza il Fondo mètaSalute alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire
- fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

C.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet

www.fondometasalute.it (sezione: Modulistica) compilandolo in ogni sua parte ed allegando **fotocopia** della documentazione giustificativa di cui sopra.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

Fondo mètaSalute

Presso RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. – Ufficio liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.

Via E. Forlanini, 24 – Località Borgo Verde – 31022 Preganziol (TV)

C.3 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ONLINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera C.2, l'Assistito, se in possesso dei dati di accesso potrà **trasmettere online le proprie richieste di rimborso** delle prestazioni sanitarie ricevute, **unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa**. A tal fine l'Assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.fondometasalute.it (AREA RISERVATA).

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (prot. SSL a 128 bit).

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere comunque avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente § II, lett. C.2).

III. SERVIZI ACCESSORI

D. LA CONSULTAZIONE ONLINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito internet www.fondometasalute.it (AREA RISERVATA), l'iscritto, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione online dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

In particolare, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

data rimborso;

tipologia prestazione medica;

persona interessata (iscritto o familiare);

totale rimborso.

E. SERVIZIO “SEGUI LA TUA PRATICA”

È a disposizione il servizio “SEGUI LA TUA PRATICA”; l'Assistito dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. In questo modo, l'Assistito riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione. In particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'Assistito riceverà una notifica di aggiornamento dello stato di elaborazione della sua pratica in relazione ai seguenti step operativi del processo di pagamento rimborsi:

avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;

avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;

eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

F. ACCESSO A “GATE 179”

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.rbmsalute.it - AREA POLIZZE, l'Assistito può consultare 24 ore su 24 le proprie coperture attive, le condizioni contrattuali e monitorare lo stato dei pagamenti e delle prossime scadenze, tenendo in tal modo costantemente sotto controllo la propria posizione assicurativa con garanzia della tutela della riservatezza delle informazioni rese disponibili mediante tale strumento.

L'applicazione web di RBM Assicurazione Salute per l'accesso a questi dati si chiama “GATE 179”.

Coloro che sono già registrati nell'AREA RISERVATA come utenti per la gestione on line dei sinistri - AREA ISCRITTO - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per entrare nell'Area Riservata POLIZZE dal sito www.rbmsalute.it.

Coloro che invece non sono già registrati come utenti, potranno ricevere le credenziali di accesso all'Area Riservata selezionando l'apposito link presente in Homepage ed effettuando una registrazione mediante una semplice procedura guidata.

Qualora la procedura di autoregistrazione non riuscisse, login e password per accedere all'Area Riservata potranno essere richieste al servizio di Help Desk, scrivendo all'indirizzo e-mail assistenza@rbmsalute.it o contattando il numero 199 288 050 (numero a pagamento per il solo costo di tariffazione ordinaria del proprio operatore telefonico per chiamate da rete fissa e mobile).

Il servizio di Help Desk è attivo dalle 9:00 alle 12:30 e dalle 14:30 alle 17:30.

GATE 179 è attivo a decorrere dai termini previsti dalla normativa vigente in materia.

G. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE **mètaSalute**

Il Fondo mètaSalute rende disponibile una APP Mobile per accedere alle seguenti funzioni:

- visualizzazione e modifica dei dati anagrafici e di contatto;
- visualizzazione dei recapiti utili per contattare la Centrale Operativa;
- ricerca delle strutture convenzionate con RBM Assicurazione Salute;
- visualizzazione dello status e dei dettagli inerenti le proprie pratiche;
- pre-attivazione delle prestazioni presso le strutture convenzionate (regime di assistenza diretta).

Per accedere a tutti i servizi tramite l'APP Mobile “**mètaSalute**” sarà sufficiente effettuare il login utilizzando le medesime credenziali di accesso dell'Area Riservata online.

H. GARANZIE ACCESSORIE

Per accedere alle **garanzie accessorie** previste dal Piano Sanitario, l'Assistito dovrà contattare la Centrale Operativa.

4 - LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO BASE

Il fondo garantisce, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nelle singole opzioni, il rimborso delle spese sostenute a seguito di malattia o infortunio avvenuto dopo la data di entrata in copertura del singolo Iscritto.

Si precisa che le spese a cavallo di due annualità assicurative saranno imputate all'anno di accadimento dell'evento, come previsto nella definizione di "evento/data evento".

Per le modalità operative di richiesta e fruizione delle prestazioni sanitarie si rinvia alla "Guida all'utilizzo delle prestazioni sanitarie" (pag.).

AVVERTENZA: L'estensione automatica del Piano Sanitario BASE ai familiari fiscalmente a carico comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare, e il coniuge/figli fiscalmente a carico, mentre le condizioni di accesso/limitazioni di utilizzo delle singole prestazioni ivi indicate trovano applicazione per persona.

Per i figli fiscalmente a carico aderenti al Piano Sanitario Figli, il Piano Sanitario Base ed Integrativo 2 sarà operante – con condivisione di massimali e garanzie con il Titolare- fino a che non sarà maturato il periodo di carenza di 3 mesi previsto per il Piano Sanitario Figli. Dopo tale periodo di carenza il Piano Sanitario Base ed Integrativo 2 sarà operante limitatamente alle sole prestazioni non previste dal Piano Sanitario Figli.

Il Piano Sanitario Figli opererà pertanto per tutte le prestazioni da questo previste, decorso il periodo di carenza di 3 mesi.

Piano Sanitario BASE	Massimali/somme assicurate scoperti e franchigie	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)		PLUS 2017
Massimale strutture in Network	ILLIMITATO	eliminazione dei limiti massimi per interventi
Massimale strutture fuori Network	Vedi elenco Interventi (all.to 1) € 18.000,00 Interventi Chirurgici ordinari € 22.500,00 Interventi Chirurgici complessi € 45.000,00 Trapianti	eliminazione limitazione accesso al regime rimborsuale ed innalzamento limiti massimi per interventi
Ricovero con Intervento Chirurgico (elenco all.to 1) Condizioni: - In Network diretto - Fuori Network rimborso - misto: Ticket	100% 100% entro il limite indicato nell'allegato 1 come rimborso 100%	
Immunizzazione	3 somministrazioni al giorno x 5/7 gg prima dell'intervento	compreso il servizio di reperimento gratuito presso Strutture Sanitarie o farmacia più vicina all'abitazione
Pre/post	120/120	innalzamento di 30 giorni
Monitoraggio domiciliare paziente Programma 1 prestazioni a seguito di ricovero Programma 2 prestazioni a seguito di ricovero	100% 120gg Pari al periodo non autosufficienza/lungodegenza	attraverso device medicali, compreso presidio medico
Accompagnatore	100%	
Trasporto di primo soccorso	100%	introduzione trasporto di primo soccorso e senza limite chilometrico
Indennità sostitutiva Ricovero con intervento chirurgico (all.1)	€ 100 al giorno max 150 gg x ricovero	innalzamento giorni e pertanto di importo massimo riconosciuto

PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)		PLUS 2017
Ospedalizzazione domiciliare post ricovero chirurgico Massimale strutture in Network Massimale strutture fuori Network	120 gg successivi al ricovero € 20.000,00 anno/persona € 10.000,00 anno/persona	Raddoppio del massimale autonomo in Network ed introduzione accesso ed eliminazione limitazione accesso al regime rimborsuale
Diaria da Convalescenza	€ 100,00 al giorno max 20 gg x anno	Raddoppio del massimo di giorni
Neonati (entro 1 anno dalla nascita) Massimale strutture in Network Massimale strutture fuori Network	ILLIMITATO € 22.500,00 anno/persona	Indipendentemente dall'estensione del piano sanitario ai figli si intendono in copertura tutte le cure e gli interventi per l'eliminazione di eventuali difetti fisici del neonato
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE		
(B - C - D - E)		
<u>B) Prestazioni Extraospedaliere</u> Massimale (B.1 - B.2 - B.3 - B.4)	€ 10.000,00 anno/persona	massimale unico garantisce un'ampia copertura ed un utilizzo flessibile in base alle effettive necessità di cura
<u>B.1 - Alta Specializzazione</u> Condizioni: - In Network diretto - Fuori Network rimborso Ticket	da elenco 100% max € 50,00 per accertamento o ciclo di terapia 100%	Assenza totale di scoperti e franchigie sia in regime di assistenza diretta che rimborsuale, con previsione a rimborso di submassimali
<u>B.2 Visite Specialistiche</u> Condizioni: - In Network diretto - Fuori Network rimborso Ticket	100% max € 36,00 per visita 100%	Assenza totale di scoperti e franchigie sia in regime di assistenza diretta che rimborsuale, con previsione a rimborso di submassimali
<u>B.3 Ticket per accertamenti diagnostici</u>	100%	
<u>B.4 Accertamenti diagnostici</u> Condizioni: - In Network diretto - Fuori Network rimborso	100% max € 36,00 per accertamento	Assenza totale di scoperti e franchigie sia in regime di assistenza diretta che rimborsuale, con previsione a rimborso di submassimali
<u>B.5 Fisioterapia, Kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio</u> Massimale Condizioni: - In Network diretto - Fuori Network rimborso	€ 700 anno/persona 100% max € 20,00 per prestazione	elevazione massimale di € 100 ed autonomo con previsione a rimborso di submassimali

PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)		PLUS 2017
Ticket	100%	
<u>B.6 Fisioterapia, Kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento (all.1)</u>		
Massimale strutture in Network	ILLIMITATO	
Massimale strutture fuori Network	Max previsto per intervento (all.to 1)	massimale autonomo ed illimitato
Condizioni:		
- In Network diretto	100%	
- Fuori Network rimborso	100%	
Ticket	100%	
<u>B.7 Fisioterapia, Kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia</u>		
Massimale	€ 300 anno/persona	introduzione fisioterapia da malattia con massimale autonomo
Condizioni:		
- In Network diretto	100%	
- Fuori Network rimborso	max € 20,00 per prestazione	
Ticket	100%	
<u>B.8 Odontoiatria</u>		
Massimale	€ 550 anno/persona	
• Visite odontoiatriche e/o sedute igiene orale (1 volta l'anno – unica soluzione)		
- In Network diretto	100%	
- Fuori Network rimborso	massimo € 35,00 anno/persona	
• Prestazioni ortodontiche		
- In Network diretto	massimo € 100.00 anno/persona	
- Fuori Network rimborso	massimo € 100.00 anno/persona	
• Cure odontoiatriche		
- In Network diretto	100%	
- Fuori Network rimborso	massimo € 80.00 anno/persona	elevazione del massimale complessivo di € 330, con possibilità di accesso anche in assistenza rimborsuale
• Terapie conservative		
- In Network diretto	100%	
- Fuori Network rimborso	massimo € 50.00 anno/persona	
• Protesi dentarie		
- In Network diretto	100%	
- Fuori Network rimborso	massimo € 80.00 anno/persona	
Ticket	100%	
<u>B.9 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)</u>		
Massimale	€ 5.000,00 anno/persona	elevazione del massimale di € 3.000, con possibilità di accesso anche in assistenza rimborsuale ed ampliamento dell'elenco degli interventi
- In Network diretto	100%	
- Fuori Network rimborso	100%	
- Ticket	100%	

PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)		PLUS 2017
C) Prevenzione		
<u>C.1 Prestazioni diagnostiche particolari</u>		
Massimale strutture in Network	ILLIMITATO	
Massimale strutture fuori Network	€ 80,00 a pacchetto	
- In Network diretto	100%	
- Fuori Network rimborso	100%	
<u>C.2 Prevenzione – Pacchetto donna</u>		
Massimale strutture in Network	ILLIMITATO	
Massimale strutture fuori Network	€ 80,00 anno/persona	
- In Network diretto	100%	
- Fuori Network rimborso	100%	ampliamento pacchetti prevenzione e possibilità di accesso anche in assistenza rimborsuale
<u>C.3 Prevenzione – Pacchetto uomo</u>		
Massimale strutture in Network	ILLIMITATO	
Massimale strutture fuori Network	€ 80,00 anno/persona	
- In Network diretto	100%	
- Fuori Network rimborso	100%	
<u>C.4 Prevenzione posturale</u>		
Massimale strutture in Network	ILLIMITATO	
Massimale strutture fuori Network	€ 50,00 a pacchetto	
- In Network diretto	100%	
- Fuori Network rimborso	100%	
<u>C.5 Sindrome metabolica</u>		
Massimale strutture in Network	ILLIMITATO	
Massimale strutture fuori Network	€ 25,00 a pacchetto, elevato ad € 50,00 per sindrome metabolica conclamata	
- In Network diretto	100%	Fornitura e consegna misuratore BMI, con check-up gratuito garantito in caso di superamento della soglia. Inoltre in caso di sindrome metabolica conclamata disponibilità di Bilancia wireless, direttamente interconnessa con il nutrizionista/ internista convenzionato e/o accessibile da parte del nutrizionista/ internista di propria fiducia, attraverso programmi di Well-Being
- Fuori Network rimborso	100%	



PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)		PLUS 2017
C.6 Protocollo minori (fruibile dai figli fiscalmente a carico nell'ambito del Piano Sanitario BASE del Titolare, con condivisione dei massimali previsti per i pacchetti di prevenzione).		
6 mesi – 2 anni		
Massimale strutture in Network	ILLIMITATO	
Massimale strutture fuori Network	€ 35,00 anno / nucleo	
4 anni		
Massimale strutture in Network	ILLIMITATO	
Massimale strutture fuori Network	€ 60,00 anno / nucleo	
6 anni		
Massimale strutture in Network	ILLIMITATO	
Massimale strutture fuori Network	€ 80,00 anno / nucleo	
8 anni		
Massimale strutture in Network	ILLIMITATO	
Massimale strutture fuori Network	€ 60,00 anno / nucleo	
11 anni		
Massimale strutture in Network	ILLIMITATO	
Massimale strutture fuori Network	€ 35,00 anno / nucleo	
15 anni		
Massimale strutture in Network	ILLIMITATO	
Massimale strutture fuori Network	€ 50,00 anno / nucleo	

nuovo pacchetto prevenzione dedicato ai minori, con possibilità di accesso anche in assistenza rimborsuale

PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)		PLUS 2017
<u>D) Invalidità permanente</u>		
<u>D.A) Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%</u> Massimale (SOLO fuori Network rimborso)	€ 8.000,00	introduzione invalidità permanente ed integrazione con servizi aggiuntivi di Monitoraggio Domiciliare del Paziente e Servizi di Assistenza globale integrata
<u>D.B) Invalidità con grado compreso tra 81% e 100%</u> Massimale (SOLO fuori Network rimborso)	€ 10.000,00	
<u>D.1) Servizi di assistenza globale integrata organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne</u> Massimale (SOLO in Network diretto)	€ 5.000,00 anno/persona	
E) ALTRE PRESTAZIONI		PLUS 2017
<u>E.1 Fecondazione Eterologa</u> Massimale strutture in Network Massimale strutture fuori Network Condizioni:	€ 350,00 anno/persona € 250,00 anno/persona 100%	introduzione fecondazione eterologa
Servizi di consulenza ed assistenza		PLUS 2017
- Diagnosi comparativa - Prestazioni a tariffe agevolate - Consulenza medica - Guardia medica permanente - Second opinion - Second opinion internazionale - Tutoring		Nuovo servizio Nuovo servizio Nuovo servizio
- Consegna Esiti a Domicilio - Invio medicinali al domicilio - Collaboratore familiare - Spesa a domicilio - Servizio prenotazione taxi - Organizzazione trasporto ambulanza - Rimpatrio salma - Invio di un medico generico a domicilio - Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio - Gestione dell'appuntamento		Nuovo servizio Nuovo servizio Nuovo servizio

3.1 NOMENCLATORE DEL PIANO SANITARIO BASE

PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1)

A.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO (INTEN- DENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO ALLEGATO 1)

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso, l'intervento chirurgico ambulatoriale e il day-hospital non costituiscono ricovero. Qualora l'Iscritto venga ricoverato per effettuare un intervento chirurgico può godere delle seguenti prestazioni:

Prima del ricovero

- Gli esami, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuati nei **120** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Immunonutrizione prima del ricovero

- nell'ambito della garanzia ricovero si intendono ricompresi anche i prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS.

Il Fondo mètaSalute garantisce il servizio di reperimento senza alcun costo a carico dell'Assistito, presso le Strutture Sanitarie o presso la farmacia più vicina all'abitazione del paziente.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico e risultante dal referto operatorio;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito;
- le rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente;
- Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero;

Dopo il ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **120** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Monitoraggio domiciliare del paziente nel pre/post ricovero e lungodegenza

La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito, che l'assistito potrà richiedere contattando la Centrale Operativa. La durata del programma è di **120** giorni (Programma 1).

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 1 sono i seguenti:

pressione Arteriosa / Cuore
ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
peso corporeo

La garanzia opera anche durante l'assistenza domiciliare in relazione a patologie croniche. In tal caso il programma ha la medesima durata della non autosufficienza o lungodegenza stessa (Programma 2).

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 2 sono i seguenti:

pressione Arteriosa / Cuore

ossigeno (O₂) e saturazione del sangue

peso corporeo

cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch)

temperatura corporea (ingresso manualmente)

controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)

Entrambe i programmi prevedono:

- consegna ed installazione presso il domicilio dell'Assistito di una serie di dispositivi tecnologici ai fini del completo monitoraggio dei parametri vitali;
- training al domicilio da parte di personale medico/infermieristico sull'utilizzo e la manutenzione dell'infrastruttura tecnologica;
- licenza software per l'utilizzo della piattaforma di RPM;
- servizio di trasferimento dati tramite gateway verso server dedicato presente sul territorio italiano;
- sistema di archiviazione sicura su server dei dati derivanti dal monitoraggio e servizio di disaster recovery;
- servizio di assistenza tecnica e tecnologica dedicato all'assistito tramite call center;
- rilascio delle certificazioni relative alle attrezzature, alla trasmissione ed all'archiviazione dei dati di monitoraggio;
- ritiro e spedizione dalla residenza del paziente al centro più vicino dei dispositivi rilasciati ai fini della manutenzione e ricondizionamento degli stessi.

Rette di degenza dell'Accompagnatore

il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assistito, debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc).

Trasporto di primo soccorso

Il trasporto con ambulanza dell'Assistito presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

A.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto per gli interventi chirurgici elencati al successivo allegato 1, è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Sono previsti dei limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento così come elencato al successivo allegato 1, in base alla tipologia di intervento:

- **€ 18.000,00** Interventi Chirurgici ordinari
- **€ 22.500,00** Interventi Chirurgici complessi
- **€ 45.000,00** Trapianti
- I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

A.1.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed **integralmente** dal Fondo mètaSalute alle strutture convenzionate.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito. Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono rimborsate dal Fondo mètaSalute all'Assistito **senza l'applicazione di alcun importo** a carico dell'Iscritto ed **entro i massimali previsti per i singoli interventi chirurgici** così come indicato al successivo allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, ove previsti;
gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network Previmedical ed effettuate da medici non convenzionati

Tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate (vedi punto sopra).

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Il Fondo mètaSalute rimborsa **integralmente** le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero rimasti a carico dell'Iscritto.

A.2 INDENNITA' SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO

Qualora l'Assistito non richieda alcun rimborso né per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1) né per altra prestazione ad esso connessa (fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), il Fondo mètaSalute corrisponde un'indennità di **€ 100,00** per ciascun giorno di ricovero e per un massimo di **150 giorni per ricovero**, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

Ai fini del calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

A.3 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE SUCCESSIVA A RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO

Il Fondo mètaSalute, per un periodo di **120** giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero con intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1) indennizzabile dal Piano stesso e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, prevede la copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica.

A.3.1 MASSIMALI E MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo mètaSalute alle strutture o professionisti stessi **senza l'applicazione di alcun importo** a carico dell'Iscritto ed entro il massimale di **€ 20.000,00** per anno e per persona. Il Fondo mètaSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network

Le prestazioni verranno rimborsate dal Fondo mètaSalute all'Assistito **senza l'applicazione di alcun importo**

a carico dell'Iscritto ed entro il massimale di € 10.000,00 per anno e per persona.

A.4 DIARIA DA CONVALESCENZA SUCCESSIVA A RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO

Nel caso di ricovero per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1), indennizzabile dal Piano sanitario, il Fondo mètaSalute garantisce una diaria da convalescenza di € 100,00 al giorno per un massimo di 20 giorni per anno associativo.

La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura e deve risultare dalla cartella clinica.

A.5 NEONATI – RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO

La garanzia A.1 Ricoveri per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1), si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati, anche quando non iscritti al Fondo, purché la comunicazione al Fondo mètaSalute venga effettuata entro 30gg dalla nascita. Resta inteso che la garanzia si intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 1 anno dalla nascita.

A.5.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto per gli interventi sul neonato è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto per gli interventi sul neonato è pari a € 22.500,00 anno/persona.

A.5.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed **integralmente** dal Fondo mètaSalute alle strutture convenzionate.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito. Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono rimborsate dal Fondo mètaSalute all'Assistito **senza l'applicazione di alcun importo** a carico dell'Iscritto ed **entro il massimale previsto dalla garanzia**.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network Previmedical ed effettuate da medici non convenzionati

Tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate (vedi punto sopra).

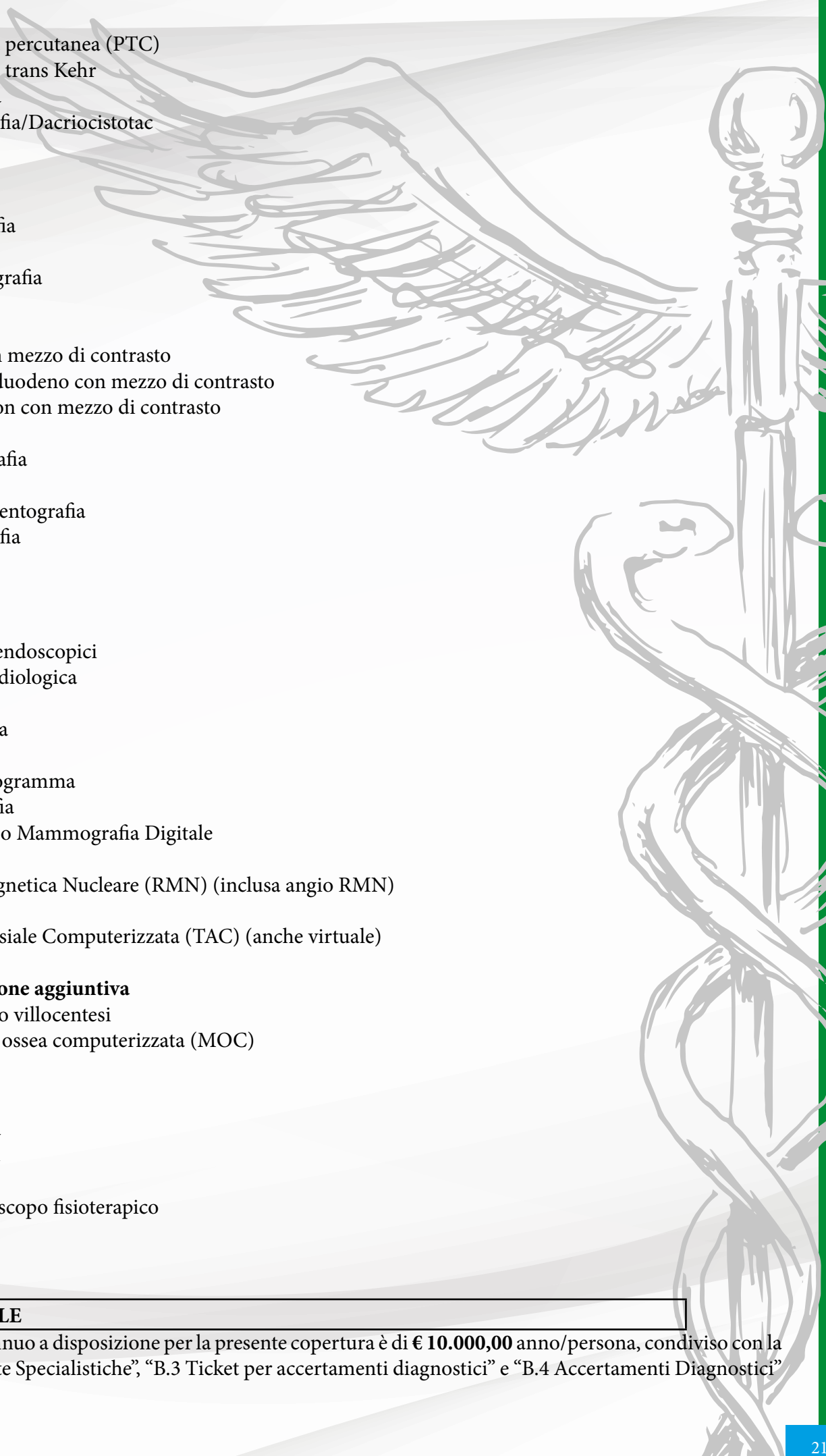
Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Il Fondo mètaSalute rimborsa **integralmente** le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero rimasti a carico dell'Iscritto.

B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

- **Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”):**
- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)

- 
- Colangiografia percutanea (PTC)
 - Colangiografia trans Kehr
 - Colecistografia
 - Dacriocistografia/Dacriocistotac
 - Defecografia
 - Fistelografia
 - Flebografia
 - Fluorangiografia
 - Galattografia
 - Isterosalpingografia
 - Mielografia
 - Retinografia
 - Rx esofago con mezzo di contrasto
 - Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
 - Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
 - Scialografia
 - Splenoportografia
 - Urografia
 - Vesciculodeferentografia
 - Videoangiografia
 - Wirsunggrafia

Accertamenti

- Accertamenti endoscopici
- Diagnostica radiologica
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Alta specializzazione aggiuntiva

- Amniocentesi o villocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

B.1.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 10.000,00 anno/persona, condiviso con la garanzia “ B.2 Visite Specialistiche”, “B.3 Ticket per accertamenti diagnostici” e “B.4 Accertamenti Diagnostici”

B.1.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo mètaSalute alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dal Fondo mètaSalute all'Assistito fino ad un massimo di € 50,00 per accertamento o ciclo di terapia

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dal Fondo mètaSalute all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

B.2.VISITE SPECIALISTICHE

Il Fondo mètaSalute provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica e prima visita psicologica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

B.2.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 10.000,00 anno/persona, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici"

B.2.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo mètaSalute alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dal Fondo mètaSalute all'Assistito fino ad un massimo di € 36,00 per visita

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dal Fondo mètaSalute all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Fondo mètaSalute provvede al rimborso **integrale** dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

L'Iscritto, per l'erogazione della presente copertura, può avvalersi unicamente del Servizio Sanitario Nazionale.

B.3.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € **10.000,00** anno/persona, condiviso con la garanzia “B.1 Alta Specializzazione” “B.2 Visite Specialistiche”, ed “B.4 Accertamenti Diagnostici”.

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Fondo mètaSalute provvede al pagamento delle spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia “B.1 Alta specializzazione”.

B.4.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € **10.000,00** anno/persona, condiviso con la garanzia “B.1 Alta Specializzazione” “B.2 Visite Specialistiche”, ed “B.3 Ticket per Accertamenti Diagnostici”.

B.4.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo mètaSalute alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dal Fondo mètaSalute all'Assistito fino ad un massimo di € **36,00** a fattura.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

B.5 FISIOTERAPIA, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il Fondo mètaSalute provvede al pagamento delle spese per trattamenti di fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio, a partire dal 1° giorno successivo all'infortunio stesso (avvenuto durante l'operatività del Piano sanitario), esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

B.5.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € **700,00** anno/persona.

B.5.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo mètaSalute alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dal Fondo mètaSalute all'Assistito fino ad un massimo di € **20,00** per prestazione.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dal Fondo mètaSalute all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

B.6 FISIOTERAPIA, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

Il Fondo mètaSalute provvede al pagamento delle spese per trattamenti di fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria, esclusivamente a fini riabilitativi, eseguiti a partire dal 91° giorno post intervento indennizzabile secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

B.6.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical
Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Sono previsti dei limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento così come elencato al successivo allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

B.6.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed **integralmente** dal Fondo mètaSalute alle strutture convenzionate.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito. Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono rimborsate dal Fondo mètaSalute all'Assistito **senza l'applicazione di alcun importo** a carico dell'Iscritto ed **entro i massimali previsti per i singoli interventi chirurgici** così come indicato al successivo allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Il Fondo mètaSalute rimborsa **integralmente** le eventuali spese per ticket sanitari rimasti a carico dell'Iscritto.

B.7 FISIOTERAPIA, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

Il Fondo mètaSalute provvede al pagamento delle spese per trattamenti di fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia.

B.7.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 300,00** anno/persona.

B.7.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo mètaSalute alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito. Le prestazioni vengono rimborsate dal Fondo mètaSalute all'Assistito fino ad un massimo di € 20,00 per prestazione.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dal Fondo mètaSalute all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

B.8 ODONTOIATRIA

Il Fondo mètaSalute provvede al pagamento delle spese relative a visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale (1 volta all'anno – unica soluzione), prestazioni ortodontiche, Cure odontoiatriche, terapie conservative e protesi dentarie.

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

B.8.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 550,00 anno/persona.

B.8.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo mètaSalute alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Limitatamente alle prestazioni ortodontiche le stesse vengono liquidate direttamente dal Fondo mètaSalute fino ad un massimo di € 100,00 anno/persona.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dal Fondo mètaSalute all'Assistito come segue:

Visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale: massimo € 35,00 anno / persona

Prestazioni ortodontiche: massimo € 100,00 anno / persona

Cure odontoiatriche: massimo € 80,00 anno / persona

Terapie conservative: massimo € 50,00 anno / persona

Protesi dentarie: massimo € 80,00 anno / persona

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dal Fondo mètaSalute all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

B.9 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Il Fondo mètaSalute liquida integralmente, senza applicazione di franchigie o scoperti, le spese sostenute per:

- Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso del cavo orale;
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella;
- cisti radicolari;
- cisti follicolari;

- adamantinoma;
- odontoma;
- asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.);
- ricostruzione del fornice (per emiarcata);
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico;
- rizotomia e rizectomia;
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.
- Gengivectomia per emiarcata
- Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)

Solo nei casi sopraelencati è previsto il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale a completamento dell'intervento.

Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La documentazione medica necessaria per ottenere l'indennizzo consiste in:

radiografie e referti radiologici per:

- osteiti mascellari;
- iperostosi;
- osteomi;
- rizotomia e rizectomia;
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.).
- Gengivectomia per emiarcata
- Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)

radiografie, referti radiologici e referti istologici per:

- odontoma;
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;
- adamantinoma;
- neoplasie ossee;
- ricostruzione del fornice (per emiarcata);
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.

B.9.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 anno/persona.

B.9.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo mètaSalute alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dal Fondo mètaSalute all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dal Fondo mètaSalute all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Si precisa che l'indennizzo per quanto sopra descritto è previsto sia in caso di regime ospedaliero sia in caso di regime ambulatoriale.

Relativamente al regime ospedaliero si precisa che in questo caso, oltre ai costi dell'equipe operatoria, sono compresi i costi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) relativi a:

Intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopra indicato.

Assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

Rette di degenza: non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.

C. PREVENZIONE

AVVERTENZA: per tutte le prestazioni di prevenzione di seguito previste non è richiesta la presentazione di alcuna prescrizione medica.

C.1 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

Il Fondo mètaSalute provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, **senza applicazione di franchigie o scoperti**:

Esami del sangue:

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- Colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: Ricerca del sangue occulto

Elettrocardiogramma di base

Ecotomografia addome superiore (4/5 organi)

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta all'anno**.

C.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a € 80,00 a pacchetto.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

C.2 PREVENZIONE PACCHETTO DONNA

Il Fondo mètaSalute provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate:

Prestazioni assicurate per Prevenzione tumore al seno / Sostegno periodo menopausa/ Prevenzione patologie connesse all'osteoporosi

Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B)

Donne – over 24 anni

- Visita ginecologica + PAP TEST – una volta ogni due anni

Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A)

Donne – tra 21 e 24 anni

- Visita ginecologica + PAP TEST – una volta ogni due anni

Donne – over 30 anni

Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS) – una volta ogni tre anni

Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)

Donne – tra 30 e 39 anni

- Ecocolordoppler arterioso e venoso agli arti inferiori – una volta ogni due anni

Donne – tra 40 e 49 anni

- Visita senologica – una volta ogni due anni
- Mammografia – una volta ogni due anni

Donne – over 50 anni

- Moc – una volta ogni due anni
- Indagini di laboratorio specifiche – una volta ogni due anni:
- Creatinina
- Calcio
- Fosforo
- Fosfatasi alcalina
- PTH
- Vitamina D

Donne – senza limiti di età

- Ecografia transvaginale – una volta ogni due anni

C.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a € 80,00 anno/persona.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

C.3 PREVENZIONE PACCHETTO UOMO

Il Fondo mètaSalute provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate:

Prestazioni assicurate per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche

Uomo – over 21 anni

- Visita cardiologica – una volta ogni due anni
- Ecografia testicolare (eseguibile sino al compimento dei 40 anni) – una volta ogni due anni

Uomo – over 50 anni

- Psa – una volta ogni due anni
- Rettosigmoidoscopia – una volta ogni due anni

Uomo – senza limite di età

- Visita urologica – una volta ogni due anni
- Ecografia prostatica (Ecografia transrettale) – una volta ogni due anni

C.3.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 80,00** anno/persona.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

C.4 PREVENZIONE POSTURALE

Il Fondo mètaSalute provvede al pagamento, **una volta all'anno e senza applicazione di franchigie o scoperti**, di una visita fisiatrica con valutazione posturologica.

C.4.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 50,00** a pacchetto.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

C.5 SINDROME METABOLICA

Per attivare la copertura l'Iscritto dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo area web dedicata agli iscritti.

Il Fondo mètaSalute analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Iscritto l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Iscritto alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e verranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Iscritto verrà contattato dal Fondo mètaSalute (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Il Fondo mètaSalute renderà disponibile GRATUITAMENTE a TUTTI gli assistiti mètaSalute un Misuratore BMI cobrandizzato, che consentirà a ciascuno di misurare autonomamente (comodamente al proprio domicilio) il proprio Indice di massa Corporea mettendo a confronto i valori di peso, altezza e circonferenza addominale (diversificata per uomo e donna). L'utilizzo del misuratore consentirà all'Assistito di poter disporre delle misurazioni necessarie alla compilazione del tool del Fondo per il calcolo dell'esposizione al rischio di Sindrome Metabolica.

Solo nel caso in cui l'Iscritto si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica “non conclamata”, poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, il Fondo mètaSalute provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate dal Fondo mètaSalute, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Il Fondo mètaSalute provvederà inoltre all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate dal Fondo mètaSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo
- Curva glicemica
- Ecocardiogramma

Al fine di incentivare l'Iscritto ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Iscritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate dal Fondo mètaSalute.

Il Fondo mètaSalute renderà disponibile GRATUITAMENTE a TUTTI gli assistiti mètaSalute con sindrome metabolica conclamata, che ne facciano richiesta contattando la Centrale Operativa, una Bilancia wireless con misuratore di peso, di indici di grasso corporeo, massa magra, massa muscolare, massa ossea, acqua corporea e livello di grasso viscerale, direttamente interconnessa con il nutrizionista/internista convenzionato e/o accessibile da parte del nutrizionista/internista di propria fiducia.

C.5.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è di € 25,00 a pacchetto, elevato ad € 50,00 in caso di sindrome metabolica conclamata.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

C.6 PROTOCOLLO MINORI

Il Fondo mètaSalute provvede al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate, suddivise in base all'età del minore. Il protocollo minori è fruibile dai figli fiscalmente a carico nell'ambito del Piano Sanitario BASE del Titolare, con condivisione dei massimali previsti per i pacchetti di prevenzione.

	Strutture convenzionate	Strutture non convenzionate
6 MESI – 2 ANNI	Massimale	
Visita Pediatrica (Valutazione Di Base, Auxologica, Psicomotoria E Cognitiva)	Illimitato	€ 35,00 anno/figli
Visita Otorinolaringoiatrica con Test Audiometrico		
4 ANNI	Massimale	
Visita oculistica completa	Illimitato	€ 60,00 anno/figli
Tonometria		
Esame del fundus		
Stereopsi e color test		
Valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio)		
Visita Neuropsichiatrica (Screening Disturbi Del Linguaggio E Autismo). Nell'ambito delle patologie del linguaggio o delle disprassie verbali, la visita specialistica sarà in grado di intercettare eventuali condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita LOGOPEDICA		
Esami di laboratorio per screening della celiachia (emocromo completo con formula, anticorpi anti endomisio (ema) e anticorpi antitransglutaminasi)		
Biopsia intestinale. In ipotesi di positività degli esami di laboratorio specifici di cui alla precedente riga		
6 ANNI	Massimale	
Visita Neuropsichiatrica (Screening Disturbi Del Linguaggio E Autismo). Nell'ambito delle patologie del linguaggio/disprassie verbali intercetta eventuali condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita LOGOPE-DICA	Illimitato	€ 80,00 anno/figli
Visita odontoiatrica e ortodontica (igiene orale, fluoroprofilassi)		
Spazzolino Bluetooth con controllo automatizzato della regolarità di lavaggio, durata periodo di spazzolamento, monitoraggio denti non lavati, modalità multi-user (max 5),		
Visita oculistica completa		
Tonometria		
Esame del fundus		
Stereopsi e color test		
Valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio)		
8 ANNI	Massimale	
Visita odontoiatrica e ortodontica	Illimitato	€ 60,00 anno/figli
Visita oculistica completa		
Tonometria		
Esame del fundus		
Stereopsi e color test		
11 ANNI	Massimale	
Visita ortopedica	Illimitato	€ 35,00 anno/figli
Visita endocrinologica		
15 ANNI	Massimale	
Visita pediatrica (valutazione globale dello stato di salute dell'adolescente)	Illimitato	€ 50,00 anno/figli
Visita ortopedica		
Visita endocrinologica		

D. INVALIDITÀ PERMANENTE

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno a soggetti che versano in condizioni di invalidità permanente. Sono destinatari della garanzia i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti soggettivi di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto durante il periodo della copertura sanitaria:

A) Invalidità derivante da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificata dall'INAIL, di grado uguale o superiore all' 80% ;

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi di cui sopra il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum, un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. Protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati e/o noleggiati (ad es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per riedicazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, etc)
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, etc.)
5. Assistenza psicologica/psichiatrica
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. Dispositivi e accessori e/o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Massimale

Il massimale previsto è di € 8.000,00 solo in regime rimborsuale.

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. Protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati)
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, etc.)
5. Assistenza psicologica/psichiatrica
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. Dispositivi e accessori e/o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
7. Opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
8. Rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
9. Rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso dovranno, comunque, essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità.

Massimale

Il massimale previsto è di € **10.000,00** solo in regime rimborsuale.

Monitoraggio domiciliare del paziente in uno stato di non autosufficienza (per entrambe punti a. e b.)

La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si trovi in uno stato di non autosufficienza, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito, che l'assistito potrà richiedere contattando la Centrale Operativa. La durata del programma ha la medesima durata della non autosufficienza

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 2 sono i seguenti:

pressione Arteriosa / Cuore

ossigeno (O₂) e saturazione del sangue

peso corporeo

cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch)

temperatura corporea (ingresso manualmente)

controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)

Il Programma prevede:

consegna ed installazione presso il domicilio dell'Assistito di una serie di dispositivi tecnologici ai fini del completo monitoraggio dei parametri vitali;

training al domicilio da parte di personale medico/infermieristico sull'utilizzo e la manutenzione dell'infrastruttura tecnologica;

licenza software per l'utilizzo della piattaforma di RPM;

servizio di trasferimento dati tramite gateway verso server dedicato presente sul territorio italiano;

sistema di archiviazione sicura su server dei dati derivanti dal monitoraggio e servizio di disaster recovery;

servizio di assistenza tecnica e tecnologica dedicato all'assistito tramite call center;

rilascio delle certificazioni relative alle attrezzature, alla trasmissione ed all'archiviazione dei dati di monitoraggio;

ritiro e spedizione dalla residenza del paziente al centro più vicino dei dispositivi rilasciati ai fini della manutenzione e ricondizionamento degli stessi.



D.1 SERVIZI DI ASSISTENZA GLOBALE INTEGRATA ORGANIZZAZIONI DI SERVIZI, NOLEGGIO AUSILI MEDICO - SANITARI A SEGUITO DI RICOVERO CHIRURGICO/ MEDICO PER NEOPLASIE MALIGNI

In caso di ricovero chirurgico/medico per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'elenco degli interventi chirurgici) e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, il Fondo mètaSalute rimborsa tramite la rete di strutture convenzionate Previmedical le prestazioni di:

- ospedalizzazione domiciliare;
- assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica; tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Iscritto;

per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni (e successivi ai 120 giorni previsti dalle coperture "POST RICOVERO" per i casi d'intervento previsti dal piano sanitario).

Il Fondo mètaSalute concorderà – anche per il tramite di Previmedical – il programma medico/riabilitativo con l'Assistito secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo il Fondo mètaSalute si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari tramite le strutture sanitarie convenzionate.

D.1.1 MASSIMALE E MODALITA' DI EROGAZIONE

Il massimale previsto è di € 5.000,00 anno / persona solo in strutture convenzionate con il Network Previmedical.

E. ALTRE PRESTAZIONI

E.1 FECONDAZIONE ETEROLOGA

La presente garanzia prevede la copertura assicurativa presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa, **senza applicazione di franchigie o scoperti**. Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.

E.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è di € 350,00 anno / persona.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è di € 250,00 anno / persona.

5 - SERVIZI AGGIUNTIVI

Inoltre gli assistiti con la presente copertura potranno beneficiare dei seguenti servizi erogati direttamente dalla Centrale Operativa senza costi aggiuntivi e nel rispetto della normativa in vigore:

DIAGNOSI COMPARATIVA

All'assistito è garantita la possibilità di ricevere un ulteriore parere qualificato, nazionale e/o internazionale, rispetto ad una diagnosi a proprie mani formulata da altro professionista. Il servizio è fornito in relazione a qualsiasi patologia. La centrale operativa renderà disponibili almeno tre nominativi con cui l'assistito potrà decidere di interloquire e nell'ipotesi quest'ultimo decida di affidarsi alle cure di un consulente segnalato da RBM Salute/Previmedical, la Centrale provvederà anche a supportare l'assicurato per la fissazione degli appuntamenti/trasferimenti/ricoveri presso la struttura sanitaria laddove necessari.

PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

RBMS/Previmedical mettono a disposizione degli assistiti di mètaSalute il servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario, reso disponibile per:

Prestazioni assicurate:

- a) per beneficiare di una tariffa agevolata relativa alle prestazioni per le quali verrà erogata l'indennità da parte del Fondo;
- b) per poter continuare ad usufruire delle prestazioni assicurate anche qualora il massimale sia esaurito

Prestazioni NON assicurabili:

per ottenere l'applicazione di tariffe scontate in relazione a prestazioni non assicurabili dal Fondo (Medicina Omeopatica, Farmaci, Chirurgia estetica etc)

In particolare il servizio prevede:

- riconoscimento dell'avente diritto tramite esibizione della Card nominativa di riconoscimento scaricabile dall'iscritto nella propria area riservata;
- l'accesso a tariffe agevolate per visite specialistiche ed esami diagnostici;
- l'accesso a tariffe agevolate per ricoveri/day hospital. Le tariffe agevolate saranno usufruibili in relazione ai servizi di degenza («alberghieri») con esclusione dei costi relativi all'equipe medica;
- l'accesso ad un'area riservata del sito web loro dedicato mediante autenticazione attraverso un codice User id ed una Password personale e riservata.

Nel sito web sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa.

CONSULENZA MEDICA

a) *Informazione ed orientamento medico telefonico*

Quando l'Assistito necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito. Il servizio non comporta costi per l'assistito da telefono fisso.

b) *Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione*

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assistito necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni

necessarie. L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito. Il servizio non comporta costi per l'assistito da telefono fisso.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con cui può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni. Il servizio non comporta costi per l'assistito da telefono fisso.

GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa (h 24 ore, 365 giorni all'anno). La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo. Il servizio non comporta costi per l'assistito da telefono fisso.

SECOND OPINION

L'Assistito, fornita alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica. Il servizio telefonico non comporta costi per l'assistito ad eccezione della tariffazione telefonica per le chiamate da cellulari o dall'estero. Rimarranno a carico dell'assistito eventuali costi postali per la trasmissione della documentazione medica necessaria all'erogazione del servizio.

SECOND OPINION INTERNAZIONALE

Con riferimento alle seguenti patologie, l'assistito, dopo aver fornito al Call Center la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico, complementare rispetto alla precedente valutazione medica, dalle strutture specialistiche e centri di eccellenza internazionali affiliati alla rete Previmedical, nonché da parte di alcuni primari Centri di eccellenza internazionali convenzionati con Previmedical attraverso la partnership con primari provider internazionali:

- Malattie Cardiovascolari
- Malattie Cerebrovascolari (Ictus)
- Cecità
- Sordità
- Tumori Maligni
- Insufficienza Renale
- Trapianto di Organo
- Sclerosi Multipla
- Paralisi
- Malattia di Alzheimer
- Malattia di Parkinson
- Gravi Ustioni
- Coma

L'Assicurato contatterà la Centrale Operativa e fornirà la documentazione medica inerente la patologia in ordine alla quale richiede l'attivazione del servizio di Second Opinion Internazionale.

La Centrale Operativa richiederà una seconda consulenza a specialisti che operano presso Centro Specialistici di eccellenza internazionale, che forniranno un protocollo diagnostico-terapeutico sulla base dei dati clinici dell'Avente diritto.

TUTORING

L'Assistito può disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica.

CONSEGNA ESITI AL DOMICILIO

Qualora l'Assistito si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante e nessuno possa andare per lui, Previmedical, dopo aver organizzato il recupero presso l'Assistito della documentazione eventualmente necessaria per il ritiro degli esiti, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assistito ed al medico da lui indicato. Il costo per eventuali franchigie/scoperti relativi agli accertamenti sostenuti resta a carico dell'Assistito.

INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO

Qualora l'Assistito necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante, Previmedical, dopo aver organizzato il ritiro della ricetta presso l'Assistito, provvede alla consegna dei medicinali prescritti. A carico dell'Assistito resta soltanto il costo dei medicinali.

COLLABORATORE FAMILIARE

Se l'assistito è stato ricoverato in istituto di cura ed è temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, potrà contattare il Call Center che gli segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali. Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, di furto o di tentato furto, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, la Centrale Operativa provvederà nelle 4 settimane successive alla dimissione dall'istituto di cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 6 ore alla settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 2 settimane.

Per l'attivazione della copertura, l'Iscritto dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso del certificato.

SPESA A DOMICILIO

Nei casi di:

- frattura del femore
- fratture vertebrali
- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meninee
- fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto
- fratture del bacino

che hanno determinato una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica in conseguenza di scippo o rapina avvenuti all'interno del territorio del Comune, di furto o di tentato furto presso la propria abitazione, la Centrale Operativa provvederà nelle quattro settimane successive al sinistro ad organizzare la consegna al domicilio dell'Assistito di generi alimentari/prima necessità.

Sarà a carico della Centrale Operativa trasferire la richiesta per l'acquisizione della lista dei generi alimentari/prima necessità da ordinare e delle coordinate utili alla consegna.

L'Assistito sarà informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.

SERVIZIO PRENOTAZIONE TAXI

Qualora l'assistito necessiti di un servizio taxi per recarsi presso una struttura convenzionata ovvero per rientrare dalla stessa presso la propria abitazione, può mettersi in contatto con il Call Center 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. L'assistito dovrà comunicare, oltre che i propri dati anagrafici, la

posizione di partenza e la destinazione; l'assistito potrà prenotare il servizio di taxi anche per giornate successive rispetto a quella della richiesta telefonica. Il Call Center confermerà all'assistito, tramite sms/telefonata/e-mail la prenotazione eseguita.

ORGANIZZAZIONE TRASPORTO AMBULANZA

Qualora l'Assistito, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che il trasporto venga organizzato e gestito da parte del Call Center, con ambulanza, eliambulanza e similari, aereo, treno e/o tramite centri convenzionati che erogano il servizio. Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative. Le spese sono a carico della Compagnia senza alcun limite chilometrico.

RIMPATRIO SALMA

Qualora l'assistito, sia deceduto, il Call Center può organizzare e gestire, per il tramite di centri convenzionati che erogano il servizio, il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia. Il contenuto del presente servizio è limitato all'organizzazione del trasporto e del rimpatrio della salma. I costi del trasporto e dell'organizzazione rimarranno a carico degli aventi diritto dell'assistito.

INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO

Qualora, l'assistito necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, potrà contattare il Call Center che, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, il Call Center organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'interessato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza. Il costo delle visite domiciliari attivate tramite Call Center sono a carico dell'assistito che dovrà versare il corrispettivo direttamente al medico.

INVIO DI UN INFERMIERE O FISIOTERAPISTA A DOMICILIO

Qualora l'assistito, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero, necessiti di essere assistito da un infermiere o un fisioterapista, potrà contattare il Call Center che provvederà al reperimento dello stesso. Il costo delle prestazioni infermieristiche o dei trattamenti fisioterapici è a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente all'infermiere o fisioterapista. Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato:

- frattura del femore
- fratture vertebrali
- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meninee
- fratture che rendano necessario l'immobilizzazione di almeno un arto
- frattura del bacino

e con una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all'atto delle dimissioni che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche/fisioterapiche, la Centrale Operativa provvederà nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, ad inviare un infermiere o un fisioterapista convenzionato, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 1 ora al giorno, per un massimo di 7 giorni.

Per l'attivazione della copertura, l'Iscritto dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

GESTIONE DELL'APPUNTAMENTO

Qualora l'Assistito necessiti di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e richiedere alla Centrale Operativa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato o lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assistito, la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento in nome dell'Assistito, in virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa. L'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore (cfr. vedi sopra la voce "Prestazioni a tariffe agevolate").

6 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI PREVISTE DAL PIANO SANITARIO

6.1 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

1. le terapie medico-chirurgiche finalizzate all'estetica (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connesse all'elenco degli interventi chirurgici di cui all'allegato 1);
2. gli interventi e qualsiasi atto chirurgico finalizzati al trattamento dell'infertilità e/o sterilità maschile e/o femminile e comunque tutti gli atti finalizzati alla fecondazione artificiale, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;
3. i Ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza;
4. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
5. gli infortuni derivanti dalla pratica sportiva esercitata professionalmente;
6. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove ed allenamenti;
7. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
8. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo le radiazioni provocate dalla radioterapia;
9. le conseguenze di guerra, insurrezioni, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
10. le conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
11. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
12. certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;
13. imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei vhs, dei cd, dei dvd, spese di viaggio;
14. iniezioni sclerosanti;
15. lenti da vista, lenti a contatto e montature, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;
16. medicina legale e medicina del lavoro;
17. medicinali, salvo quanto previsto al punto "ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico";
18. prestazioni di medicina generica comprendenti, tra l'altro, visite, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;
19. trattamenti di medicina alternativa o complementare;
20. ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona;
21. prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico e non saranno in alcun modo rimborsabili le spese sostenute per il noleggio di apparecchiature, presidi e protesi, né agopuntura;
22. tutte le prestazioni non espressamente previste dai Piani Sanitari;
23. gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
24. cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
25. ricoveri impropri;
26. le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

6.2 Persone non assicurabili

Non è previsto alcun limite di età per il lavoratore dipendente fino a che sussista il rapporto di lavoro.

Per i familiari il Piano Sanitario potrà essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Assistito, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del 76° anno di età da parte dell'Assistito.

7 - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI (Allegato 1)

CHIRURGIA GENERALE	
Cardiochirurgia e chirurgia toracica	
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	€ 18.000,00
Fistole arterovenose polmonari	€ 18.000,00
Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale	€ 18.000,00
Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	€ 18.000,00
Trapianto cardiaco	€ 45.000,00
Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti complessi o complicati	€ 18.000,00
Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti singoli non complicati	€ 18.000,00
Tutti gli interventi: a cuore chiuso	€ 18.000,00
Collo	
Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale	€ 18.000,00
Tiroidectomia totale (chirurgica o con radioiodio terapia)	€ 18.000,00
Esofago	
Interventi con esofagoplastica	€ 18.000,00
Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	€ 18.000,00
Fegato	
Deconnessione azigos-portale pervia addominale	€ 18.000,00
Derivazioni biliodigestive	€ 18.000,00
Drenaggio di ascesso epatico	€ 18.000,00
Epatotomia e coledocotomia	€ 18.000,00
Interventi chirurgici per ipertensione portale	€ 18.000,00
Interventi per echinococchi	€ 18.000,00
Interventi sulla papilla di Water	€ 18.000,00
Papillotomia per via transduodenale	€ 18.000,00
Reinterventi sulle vie biliari	€ 18.000,00
Resezioni epatiche	€ 18.000,00
Trapianto di fegato	€ 45.000,00
Interventi su polmone – bronchi – trachea	
Interventi per ferite del polmone	€ 18.000,00
Interventi per fistole bronchiali	€ 18.000,00
Pleuropneumectomia	€ 22.500,00
Pneumectomia	€ 18.000,00
Resezione bronchiale con reimpianto	€ 22.500,00
Resezioni segmentarie e lobectomia	€ 18.000,00
Timectomia per via toracica	€ 18.000,00
Trapianto di polmone	€ 45.000,00
Tumori della trachea	€ 22.500,00
Interventi sul mediastino	
Interventi per tumori	€ 18.000,00
Interventi sul sistema nervoso simpatico	
Simpatiectomia cervico-toracica	€ 18.000,00
Simpatiectomia lombare	€ 18.000,00
Intestino	
Colectomia totale	€ 18.000,00

Colectomie parziali	€ 18.000,00
Nervi periferici	
Anastomosi extracranica di nervi cranici	€ 18.000,00
Asportazione tumori dei nervi periferici	€ 18.000,00
Interventi sul plesso brachiale	€ 18.000,00
Neurochirurgia	
Anastomosi dei vasi extra-intracranici	€ 22.500,00
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	€ 18.000,00
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	€ 22.500,00
Anastomosi endocranica dei nervi cranici	€ 18.000,00
Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	€ 18.000,00
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc)	€ 22.500,00
Asportazione tumori dell'orbita	€ 18.000,00
Asportazione tumori ossei della volta cranica	€ 18.000,00
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	€ 18.000,00
Cordotomia e mielotomia percutanea	€ 18.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	€ 18.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	€ 18.000,00
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	€ 18.000,00
Emisferectomia	€ 22.500,00
Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	€ 22.500,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore	€ 18.000,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore	€ 18.000,00
Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni menin-gomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)	€ 22.500,00
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	€ 18.000,00
Interventi per traumi cranio cerebrali	€ 18.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari	€ 18.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	€ 18.000,00
Intervento per craniostenosi	€ 18.000,00
Intervento per encefalomeningocele	€ 18.000,00
Intervento per epilessia focale e callosotomia	€ 18.000,00
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	€ 18.000,00
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	€ 18.000,00
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	€ 18.000,00
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	€ 18.000,00
Radiochirurgia gammaknife	€ 18.000,00
Radiochirurgia stereotassica	€ 18.000,00
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	€ 18.000,00
Spondilolistesi	€ 18.000,00
Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi simili	€ 18.000,00
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	€ 22.500,00
Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche	€ 18.000,00
Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	€ 18.000,00
Pancreas - Milza	
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	€ 18.000,00
Interventi per neoplasie pancreatiche	€ 18.000,00

Interventi per pancreatite acuta	€ 18.000,00
Interventi per pancreatite cronica	€ 18.000,00
Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreatica	€ 18.000,00
Splenectomia	€ 18.000,00
Peritoneo	
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	€ 18.000,00

Retto – Ano	
Interventi per neoplasie del retto - ano	€ 18.000,00
Operazione per megacolon	€ 18.000,00
Proctocolectomia totale	€ 18.000,00
se per via addominoperineale, in uno od in più tempi	€ 18.000,00
Stomaco, duodeno	
Cardioplastica	€ 18.000,00
Gastroectomia se allargata	€ 18.000,00
Gastroectomia totale	€ 18.000,00
Intervento per fistola gastro-digiunocolica	€ 18.000,00
Mega-esofago e esofagite da reflusso	€ 18.000,00
Resezione gastrica	€ 18.000,00
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria	€ 18.000,00
Sutura di perforazioni gastriche e intestinali	€ 18.000,00
Torace – parete toracica	
Correzioni di malformazioni parietali	€ 18.000,00
Resezione costali	€ 18.000,00
Toracotomia esplorativa	€ 18.000,00

CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE

Osteosintesi	
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	€ 18.000,00
Plastiche per paralisi facciali: Dinamica	€ 18.000,00
Push-bach e faringoplastica	€ 18.000,00
Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalpo	€ 18.000,00
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	€ 18.000,00

CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)

Arti	
Malformazioni complesse delle mani (per tempo operatorio)	€ 18.000,00
Reimpianto microchirurgico del dito	€ 18.000,00
Ricostruzione del pollice	€ 18.000,00
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	€ 18.000,00
Cranio – faccia e collo	
Cranioplastica	€ 18.000,00
Gravi e vaste mutazioni del viso	€ 22.500,00
Labioalveoloschisi bilaterale	€ 18.000,00
Labioschisi bilaterale	€ 18.000,00
Palatoschisi totale	€ 18.000,00
Ricostruzione della emimandibola	€ 18.000,00
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	€ 18.000,00
Riduzione frattura orbitaria	€ 18.000,00
Torace e addome	
Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	€ 18.000,00

Malformazione della gabbia toracica	€ 18.000,00
Plastica per ipospadia ed epispadia	€ 18.000,00
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	€ 22.500,00
Ricostruzione vaginale	€ 18.000,00
CHIRURGIA VASCOLARE	
Anastomosi mesenterica-cava	€ 18.000,00
Anastomosi porta-cava e splenorenale	€ 18.000,00
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	€ 18.000,00
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	€ 18.000,00
Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto	€ 18.000,00
Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi arterovenosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	€ 18.000,00
Interventi per innesti di vasi	€ 18.000,00
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	€ 18.000,00
Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache	€ 18.000,00
Legatura vena cava inferiore	€ 18.000,00
Resezione arteriosa con plastica vasale	€ 18.000,00
Sutura arterie periferiche	€ 18.000,00
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	€ 18.000,00
Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti	€ 18.000,00
Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	€ 18.000,00
Trombectomia venosa periferica cava	€ 18.000,00
Trombectomia venosa periferica iliaca	€ 18.000,00
GINECOLOGIA	
Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia)	€ 18.000,00
Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero	€ 18.000,00
LARINGE – TRACHEA – BRONCHI ESOFAGO	
Collo (vedere anche chirurgia generale)	
Asportazione di diverticolo esofageo	€ 18.000,00
Asportazione di fistole congenite	€ 18.000,00
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	€ 18.000,00
Esófagotomia cervicale	€ 18.000,00
Legatura di grossi vasi	€ 18.000,00
Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	€ 18.000,00
Svuotamento laterocervicale bilaterale	€ 18.000,00
Laringe	
Cordectomia per via tirotomica	€ 18.000,00
Interventi per paralisi degli abduttori	€ 18.000,00
Laringectomia parziale	€ 18.000,00
Laringectomia ricostruttiva	€ 18.000,00
Laringectomia sopraglottica	€ 18.000,00
Laringectomia totale	€ 18.000,00
Laringofaringectomia	€ 18.000,00

OCULISTICA	
Bulbo oculare	
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	€ 18.000,00
Orbita	
Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia	€ 18.000,00
Operazione di Kroenlein od orbitotomia	€ 18.000,00
Odontocheratoprosi	€ 18.000,00
Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario ed ospedaliero)	€ 18.000,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
Artroprotesi di anca	€ 22.500,00
Artroprotesi di ginocchio	€ 18.000,00
Artroprotesi di gomito	€ 18.000,00
Emipelvectomy	€ 18.000,00
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	€ 22.500,00
Protesi totale per displasia d'anca	€ 22.500,00
OSTETRICIA	
Laparotomia per gravidanza extrauterina	€ 18.000,00
OTORINOLARINGOIATRIA	
Cavo orale e faringe	
Idem, con svuotamento latero-cervicale	€ 18.000,00
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari	€ 18.000,00
Tumori parafaringei	€ 18.000,00
Ghiandole salivari	
Asportazione della parotide	€ 18.000,00
Parotidectomy totale con preparazione del facciale	€ 18.000,00
Orecchio esterno	
Atresia auris congenita: ricostruzione	€ 18.000,00
Orecchio medio ed interno	
Anastomosi e trapianti nervosi	€ 18.000,00
Apertura di ascesso cerebrale	€ 18.000,00
Asportazione di tumori dell'orecchio medio	€ 18.000,00
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	€ 18.000,00
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	€ 18.000,00
Chirurgia del sacco endolinfatico	€ 18.000,00
Chirurgia della Sindrome di Ménière	€ 18.000,00
Distruzione del labirinto	€ 18.000,00
Neurinoma del VIII paio	€ 22.500,00
Sezione del nervo cocleare	€ 18.000,00
Sezione del nervo vestibolare	€ 18.000,00
Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	€ 18.000,00
Trattamento delle petrositi suppurate	€ 18.000,00

UROLOGIA	
Apparato genitale maschile	
Amputazione totale del pene	€ 18.000,00
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	€ 18.000,00
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari	€ 18.000,00
Orchidopessi bilaterale	€ 18.000,00
Orchiectomia allargata per tumore	€ 18.000,00
Orchifuniculectomia per via inguinale	€ 18.000,00
Rene	
Endopielolitomia per stenosi del giunto piero-uretale	€ 18.000,00
Lombotomia per ascessi pararenali	€ 18.000,00
Nefrectomia allargata per tumore	€ 18.000,00
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	€ 22.500,00
Nefrectomia parziale	€ 18.000,00
Nefrectomia semplice	€ 18.000,00
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	€ 18.000,00
Nefroureterectomia totale	€ 22.500,00
Pielotomia	€ 18.000,00
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	€ 18.000,00
Resezione renale con clampaggio vascolare	€ 18.000,00
Trapianto renale	€ 22.500,00



Surrene	
Surrenalectomia	€ 18.000,00
Uretere	
Sigmoidostomia	€ 18.000,00
Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia con psoizzazione vescicole	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia monolaterale	€ 18.000,00
Ureteroplastica	€ 18.000,00
Ureterosigmoidostomia uni- o bilaterale	€ 18.000,00
Uretra	
Plastiche di ricostruzione per ipospadia	€ 18.000,00
Uretrectomia	€ 18.000,00
Vescica	
Cistoprostatovesicoleclectomia con ileo bladder	€ 22.500,00
Cistoprostatovesicoleclectomia con neovescica rettale	€ 18.000,00
Cistoprostatovesicoleclectomia con ureteroileoureteroanastomosi	€ 18.000,00
Cistoprostatovesicoleclectomia con ureterosigmoidostomia	€ 18.000,00
Diverticolectomia con U.C.N.	€ 18.000,00
Emitrigonectomia	€ 18.000,00
Ileo bladder	€ 18.000,00
Ileo e/o colonicistoplastiche	€ 18.000,00
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	€ 18.000,00
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	€ 18.000,00
Riparazione di fistola vescico intestinale	€ 18.000,00
Riparazione fistole vescico vaginali	€ 18.000,00
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	€ 22.500,00



NOTE

[illegible]

Contatti

Per informazioni sulle modalità di adesione:

Call center del Fondo mètaSalute

- 800.972507
attivo da lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00
- info@fondometasalute.it

Per informazioni sui Piani Sanitari e modalità di accesso alle prestazioni:

Centrale Operativa del Fondo mètaSalute attiva 24/24h

- 800.99.18.15 da telefono fisso e cellulare (numero verde);
- +39 0422.17.44. 299 per chiamate dall'estero.
- +39 0422.17.44. 799 via fax
- assistenza.metasalute@previmedical.it



www.fondometasalute.it

Piani Sanitari assicurati da

